#### КУ «ОК Эндокриндиспансер» ЗОС

#### Выписной эпикриз

#### Из истории болезни № 782

##### Ф.И.О: Пирожок Ирина Борисовна

Год рождения: 1977

Место жительства: Запорожье, Железнодорожная 6-58

Место работы: КУ «ЦП Жовтневый район», врач

Находился на лечении с 03.06.13 по 14.06.13 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Диаб. ангиопатия артерий н/к. С-м вегетативной дисфункции, перманентно- пароксизмальное течение, вегетативные кризы на фоне сахарного диабета. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма. Диабетическая нефропатия III ст. Метаболическая кардиомиопатия, синусовая тахикардия СН1. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия средней степени ОИ. Железодефицитная анемия средней степени. Диффузный зоб I. Эутиреоз. Аномалия развития мочевыводящей системы – удвоение правой почки.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, потерю веса на 3кг, судороги, онемение ног, повышение АД макс. до 150/90мм рт.ст., головные боли, гипогликемические состояния, никтурия до 2 р за ночь.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2007г.. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. В наст. время принимает: Новорапид п/з-6-8 ед., п/о- 8ед., п/у- 10ед., Левемир 22.00 34 ед.Гликемия –3,5-16,0 ммоль/л. Последнее стац. лечение в 2007г. Боли в н/к в течение 2лет. Повышение АД в течение 6 мес. Из гипотензивных принимает конкор 2,5 мг утром. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

05.06.13Общ. ан. крови Нв – 105 г/л эритр – 3,3 лейк –4,0 СОЭ –6 мм/час

э- 0% п- 1% с- 60% л- 26 % м- 13%

05.06.13Биохимия: СКФ –88,0 мл./мин., хол –5,2 тригл -1,6 ХСЛПВП -1,5 ХСЛПНП -2,9 Катер -2,5 мочевина –4,1 креатинин –67 бил общ –14,2 бил пр –3,9 тим –1,5 АСТ –1,0 АЛТ – 1,02 ммоль/л;

13.06.13 бил общ -13,4 бил пр 3,5 тим – 1,5 АСТ 0,68 АЛТ -0,22 моль/л

08.06.13Глик. гемоглобин – 12,69%

08.06.13 Железо 5,9 коль

04.06.13Анализ крови на RW- отр

22.03.13НВsАg – не выявлен, Анти НСV - не выявлен

07.06.13ТТГ – 0,4 (0,3-4,0) Мме/л; АТ ТПО –71,2 (0-30) МЕ/мл

### 06.13Общ. ан. мочи уд вес 1016 лейк – 1-3 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - ед в п/зр

05.06.13Анализ мочи по Нечипоренко лейк - эритр - белок – отр

06.06.13Суточная глюкозурия – 3,79 %; Суточная протеинурия – отр

##### 07.06.13Микроальбуминурия –102,4 мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 04.06 |  | 9,8 | 10,4 | 12,4 |
| 05.06 | 5,8 |  |  |  |
| 07.06 | 7,3 | 9,2 | 12,7 | 12,6 |
| 11.06 | 7,1 | 4,8 | 8,5 | 6,9 |

Невропатолог: С-м вегетативной дисфункции, перманентно- пароксизмальное течение, вегетативные кризы на фоне сахарного диабета. Хроническая дистальная диабетическая полинейропатия н/к IIст., сенсо-моторная форма.

Окулист: VIS OD=0,1с кор 0,9 OS=0,1 с кор 0,9 ; ВГД OD=1 OS=

Помутнения в хрусталиках ОИ. Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. Единичные микроаневризмы, микрогеморрагии. Артерии сужены, склерозированы. Салюс I-II. Аномалии венозных сосудов (извитость, колебания калибра). Вены умеренно полнокровны. Вены неравномерно расширены. Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Миопия средней степени ОИ.

03.06.13ЭКГ: ЧСС -133 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Позиция полк горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия, синусовая тахикардия СН1.

Ангиохирург: Диаб. ангиопатия артерий н/к.

Гематолог:. Железодефицитная анемия средней степени.

Нефролог: ХБП I ст.: аномалия развития МВС – удвоение правой почки, диаб. нефропатия, артериальная гипертензия, железодефицитная анемия.

13.06.13УЗИ: Заключение: Эхопризнаки умеренных изменений диффузного типа в паренхиме печени; кальцинатов в селезенке, удвоение правой почки.

УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,7 см3; лев. д. V = 8,8 см3

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, несклько неоднородная. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Незначительные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: конкор, Новорапид НМ, Левемир НМ, берлитион, нуклео ЦМФ, актовегин.

Состояние больного при выписке: СД компенсирован, уменьшились боли в н/к. АД 120/80 мм рт. ст.

Рекомендовано :

1. «Д» наблюдение эндокринолога, уч. терапевта, кардиолога, гематолога нефролога по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-8-10 ед., п/о-12-14 ед., п/у-13-14 ед., Левемир 22.00 34-36
4. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
5. Гиполипидемическая терапия (аторвастатин 10 мг) с контролем липидограммы.
6. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
7. Рек. кардиолога: ивабрадин 5 мг 2р/д. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС.
8. Берлитион 600 мг/сут. 2-3 мес., нейрорубин форте 1т./сут. 1 мес.
9. Рек. невропатолога: ноофен 250 мг 2-3 р/д 2-4 нед. глицесед 2т 4р/д 1 мес.
10. УЗИ щит. железы 1р. в год.
11. Рек. нефролога: наблюдение терапевта по м/ж, контроль ан. крови, мочи, показателей азотемии 1р. в 3 мес. УЗИ контроль 2р. в год. Адекватная гипотензивная терапия. тардиферон 1т./д. берлиприл 5-10 мг сут, бисопролол 5 мг /сут
12. Рек. гематолога: тардиферон 2т./д. утр. 1 мес. затем по 1 т /д 3 мес. контроль у гематолога.
13. С больной проведена беседа о необходимости проведения самоконтроля в амб. условиях, соблюдения режима питания и контроле глик. гемоглобина каждые 3 мес. Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.
14. Б/л серия. АБЖ № 503931 с 03.06.13 по 14.06.13. К труду 15.06.13г.

##### Леч. врач Гура Э. Ю.

Зав. отд. Фещук И.А.

Нач. мед. Костина Т.К.